

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ СМЕРТЕЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ НЕ УТОЧНЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Юргель Л.А., Козловский В.И.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

За последние годы в Республике Беларусь отмечается рост летальности больных с циррозом печени.

По данным В.Т. Ивашкина, 5-летняя выживаемость пациентов с циррозом печени не уточненной этиологии составляет в среднем 33%, 10-летняя – 20%. Прогноз при циррозе печени ухудшается при появлении осложнений [2]. С момента возникновения асцита средняя продолжительность жизни составляет около 3 лет. При развитии печеночной энцефалопатии (ПЭ) I стадии в текущую госпитализацию выживаемость составляет почти 100%, но прогрессивно ухудшается при усугублении энцефалопатии: при II стадии выживают 60–75%, при III–IV – около 30% больных, после первого эпизода комы в живых остается около 10% [1, 3, 4].

Определение факторов, ассоциированных с повышенным риском летальности, позволит выделить группы пациентов, требующих более интенсивного наблюдения и лечения, позволит проводить эффективную и своевременную профилактику осложнений. В настоящее время для оценки тяжести ЦП и прогнозирования исходов наиболее широко используется стандартная шкала оценки тяжести цирроза печени, предложенная Чайлд-Пью [2, 3, 5]. Однако информативность данной шкалы для прогнозирования тяжести и исходов цирроза печени не уточненной этиологии в Беларуси не определена.

Цель исследования: определение факторов, ассоциированных с повышенным риском смертельных исходов у больных циррозом печени не уточненной этиологии.

Материалы и методы. Обследован 101 пациент с циррозом печени не уточненной этиологии, 50 мужчин и 51 женщина, поступивших на стационарное лечение. Средний возраст пациентов был $52,3 \pm 10,3$ года. Длительность наблюдения – $2,1 \pm 1,6$ года. Максимальный срок наблюдения – 6,2 года.

Сопутствующие диагнозы, сроки и причины смерти регистрировали на основании данных клинического, инструментального и лабораторного обследования, анализа историй болезни, амбулаторных карт, заключений патологоанатомических вскрытий и справок о смерти.

Лабораторные исследования проводились в первые 3 суток нахождения в стационаре. Биохимический анализ крови включал определение общего и прямого билирубина (Бр), щелочной фосфатазы, гамма-глютамилтрансферазы, аланиновой и аспарагиновой трансаминаз (АЛТ и АСТ), глюкозы, общего белка, альбумина, протромбинового индекса, общего холестерина (ОХС), липопротеинов низкой и высокой плотности (ЛПНП и ЛПВП соответственно), триглицеридов (ТГ). Методом ИФА определялись маркеры гепатитов В и С, по показаниям – антиДНК.

Полученные результаты обработаны с помощью базы EXCEL-7. Статистическая обработка проведена с использованием программы «Statistica 6.0.» Использо-

вавалась описательная статистика: среднее значение \pm стандартное отклонение ($M \pm SD$), коэффициент корреляции Spearman, выживаемость оценивалась по методу Каплана-Мейера.

Результаты и обсуждение. За время наблюдения умерло 57 человек (55,8%), из них - 32 мужчин и 25 женщин. У 52 пациентов (91% умерших) причины смерти были непосредственно связаны с циррозом печени и развившимися осложнениями: у 39 (68%) – с декомпенсацией ЦП, 8 (14%) – с развитием кровотечений, 5 (9%) – вследствие инфекционных осложнений на фоне декомпенсации заболевания. Среди других причин смерти в 4 случаях была ишемическая болезнь сердца (ИБС), в 1 – рак внепеченочной локализации.

Согласно системе оценки по Чайлд-Пью в группе наблюдения был 31 больной с классом тяжести заболевания А, 53 – с классом В, 17 – с классом С. Выживаемость больных циррозом печени в группах А, В и С представлена на рисунке 1. Достоверно различалась выживаемость больных с ЦП класса А и С, В и С.

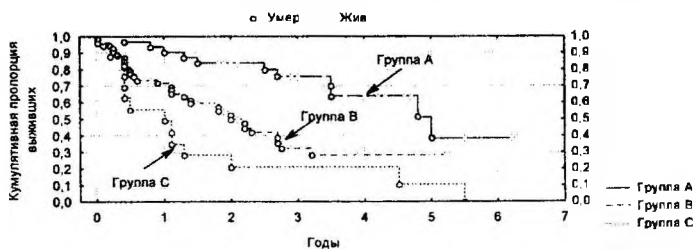


Рис. 1. Выживаемость больных циррозом печени в группах А, В и С по Чайлд-Пью

С целью выявления факторов, ассоциированных с повышенным риском смертельных исходов, определяли связь лабораторных показателей, указанных в методах исследования, с частотой смертей методом непараметрической корреляции Спирмена.

В таблице 1 приведены только те показатели, которые имели достоверную корреляцию с частотой смертельных исходов

Таблица 1 - Корреляционные связи отдельных показателей со смертельными исходами

Показатель	r Spearman	p-level
Альбумин	-0,3	0,002
ОХС	-0,3	0,02
ПИ	-0,27	0,006
Гемоглобин	-0,28	0,009

Согласно представленным данным, частота смертельных исходов имеет слабую, но достоверную корреляционную связь со снижением общего холестерина, ПИ, альбумина, гемоглобина.

Таким образом, для прогнозирования смертельного исхода рационально модифицировать шкалу Чайлд-Пью. Выявление показателей, не входящих в данную шкалу, но имеющих достоверные корреляционные связи со смертельными исходами может дать возможность создания дополнительных высокоинформативных моделей прогнозов.

Выводы:

За 2,1±1,6 года умерло 55,8% больных циррозом печени не уточненной этиологии, имевших показания для стационарного лечения, из них 91% - по причинам, связанным с декомпенсацией цирроза и его осложнениями.

У больных ЦП не уточненной этиологии выявлена слабая, но достоверная обратная корреляционная связь уровня общего холестерина, протромбинового индекса, альбумина, гемоглобина с частотой смертельных исходов, что позволяет обосновать использование этих показателей в моделях прогноза.

Литература:

1. Буеверов, А.О. Клинические формы и подходы к лечению печеночной энцефалопатии у больных циррозом / А.О. Буеверов // РМЖ. – 2003. – Т. 11, № 5. – С. 12-16.
2. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология / под ред. В.Т.Ивашкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 208 с.
3. Радченко, В.Г. Основы клинической гепатологии. Заболевания печени и билиарной системы / В.Г. Радченко, А.В. Шабров, Е.Н.Зиновьева. – СПб.: Издат-во «Диалект»; М.: «Издательство БИНОМ». – 2005. – 864 с.
4. McGuire, B.M. Complication of cirrhosis. Why they occur and what to do about them / B.M. McGuire, J.R. Blumer // Postgrad Med. – 1998. – Vol. 103, N 2. – P. 209-212.
5. Review article scoring systems for assessing prognosis in critically ill adult cirrhotic / E. Colongitas [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2006. – Vol. 24, N 3. – P. 453-464.